

Stand: Juni 2020

Praxisleitfaden für die Krankenversorgung von Anspruchsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz

Präambel

Das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg (MSGIV) und die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg (KVBB) geben folgende Empfehlungen und Hinweise für die Krankenversorgung von Anspruchsberechtigten/Patienten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz.

Aus Sicht des Vertragsarztes gilt es zunächst, folgende Unterscheidungsmerkmale zu erkennen und die daraus resultierenden Grundprämissen bei der ärztlichen Behandlung zu beachten:

1. Versorgung von Anspruchsberechtigten/Patienten mit eGK und Status „9“
2. Versorgung von Anspruchsberechtigten/Patienten mit Behandlungs-/Berechtigungsschein
3. Versorgung von Anspruchsberechtigten/Patienten mit eGK und Status „4“

Bei allen ärztlichen Maßnahmen und verordneten Leistungen gilt das Wirtschaftlichkeitsgebot (ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich und im Rahmen des Notwendigen).

1. Versorgung von Anspruchsberechtigten/Patienten mit eGK und Status „9“

Zunehmend erhalten Geflüchtete mit einer Aufenthaltsdauer von bis zu 18 Monaten eine eGK (elektronische Gesundheitskarte), die sie als Angehörige der besonderen Personengruppe mit Status „9“ identifiziert (beim Einlesen der eGK sichtbar). Zusätzlich fehlt auf der Rückseite der eGK der Vermerk für den europäischen Versicherungsschutz (diese eGK gilt nur in Deutschland).

Grundlage für die Ausgabe der eGK an diesen Personenkreis sind ein Rahmenvertrag zwischen dem MASGF und den Krankenkassen sowie ein Vertrag, geschlossen zwischen dem MASGF und der KVBB. Die Landkreise und kreisfreien Städte können dem Rahmenvertrag beitreten und die für die Region (jeweils) zuständige Krankenkasse gibt die eGK mit Status „9“ aus. Die KVBB gibt den Vertragsärzten Auskunft, für welche Landkreise und kreisfreien Städte die Verträge Anwendung finden. Die Abrechnung erfolgt über die KVBB.

Die Krankenkassen können vor Aushändigung der eGK behelfsweise einen Anspruchsnachweis gem. § 19 Abs. 2 BMV-Ä ausstellen (sogen. beleghafte eGK). Auch in diesem Fall erfolgt die Abrechnung über die KVBB.

Wird bei akuter Behandlungsbedürftigkeit / in Notfällen weder die eGK noch ein Anspruchsnachweis vorgelegt, erstattet das Sozialamt des jeweiligen Landkreises, dem der Leistungsberechtigte zugewiesen ist, die Kosten. Die Erstattung der Aufwendungen in gebotenem

Umfang ist vom Vertragsarzt beim Sozialamt schriftlich und innerhalb von 4 Wochen nach Behandlung unter Bezug auf den sogen. Nothelferanspruch lt. §§ 6a und 6b AsylbLG zu beantragen.

Anspruchsberechtigte/Patienten mit einer eGK und Status „9“ haben einen eingeschränkten Leistungsanspruch!

Dies resultiert aus den Vorgaben des Asylbewerberleistungsgesetzes. Danach ist zur Behandlung **akuter Erkrankungen und von Schmerzzuständen** die erforderliche ärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen zu gewähren. Schwangere und Wöchnerinnen haben Anspruch auf ärztliche Behandlung, pflegerische Hilfen, Hebammenhilfe, Arznei-, Verband- und Heilmittel.

Der Leistungsanspruch umfasst auch Schutzimpfungen auf der Grundlage der aktuell gültigen Schutzimpfungs-Richtlinie sowie medizinisch gebotene Vorsorgeuntersuchungen gem. EBM Abschnitt 1.7 (Kinderfrüherkennungsuntersuchungen, Jugendgesundheitsuntersuchung, Krebsvorsorge-Untersuchungen, Gesundheits-Check-Up). Empfängnisregelung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch sind ausgenommen.

Unter Beachtung der vorstehenden Prämissen obliegt dem Vertragsarzt die Entscheidungshoheit, welche Diagnostik und Therapie zur Behandlung akuter Erkrankungen und von Schmerzzuständen erforderlich ist. Einer Vorab-Genehmigung durch die Krankenkasse bedarf es in diesem Zusammenhang nicht.

Eine **Vorab-Genehmigung der Krankenkasse** ist vom Anspruchsberechtigten/Patienten lediglich für die Behandlungen einzuholen, die in Analogie auch für GKV-Versicherte vorab genehmigt werden müssen. Dies betrifft beispielsweise die Verordnung von Hilfsmitteln und Krankentransportfahrten sowie von häuslicher Krankenpflege.

In folgenden Fällen erfolgt **keine** Leistungsgewährung durch die Krankenkassen*:

- Vorsorgekuren
- Haushaltshilfen nach den Bestimmungen des SGB V
- Künstliche Befruchtung und Sterilisation
- Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten (DMP) im Sinne des § 137 f SGB V
- Selektivvertragliche Leistungen nach den §§ 73a-d und §§ 140a ff. SGB V
- Wahltarife nach § 53 SGB V, die von der Krankenkasse außerhalb der gesetzlichen Pflichtleistungen angeboten werden
- Leistungen im Ausland sowie
- Satzungsleistungen der Krankenkasse und Impfungen, die nicht unter die Schutzimpfungsrichtlinie fallen

*Anträge werden an die Landkreise und kreisfreien Städte weitergeleitet

Für Anspruchsberechtigte/Patienten mit eGK und Status „9“ sind die Formulare der GKV zu verwenden (die Zuzahlungsregelungen sind ausgesetzt).

Hinweise zu Verordnungen:

- bei Verordnung von Arzneimitteln sind die Arzneimittel-Richtlinien des GBA zu beachten, bei Bezug von Sprechstundenbedarf gilt die SSB-Vereinbarung
- es sollte die kleinste therapiegerechte Packungsgröße verordnet werden
- Impfstoffbezug und SSB über Muster 16
- bei Verordnung von Heilmitteln sind die Heilmittel-Richtlinien des GBA zu beachten
- bis zu sechs Therapieeinheiten können ohne Vorab-Genehmigung der Krankenkasse verordnet werden
- keine Richtgrößenrelevanz der Arznei- und Heilmittelverordnungen durch Status „9“

2. Versorgung von Anspruchsberechtigten mit Behandlungs-/Berechtigungsschein

Es sind noch nicht alle Landkreise und kreisfreien Städte der Rahmenvereinbarung, geschlossen zwischen MASGF und Krankenkassen, beigetreten. Bei Bedarf einer medizinischen Behandlung werden dort unverändert vom zuständigen Sozialamt Behandlungs-/Berechtigungsscheine mit konkret aufgeführten Leistungsinhalten ausgegeben. Über die Notwendigkeit der Behandlung entscheidet vorab das jeweils zuständige Sozialamt. Diese Behandlungsscheine dienen zugleich der Abrechnung als auch der Kommunikation mit dem jeweils zuständigen Sozialamt. Der Behandlungsschein ist maximal für einen Behandlungsfall (ein Quartal) gültig.

Anspruchsberechtigte/Patienten mit einem Behandlungs-/Berechtigungsschein haben ebenfalls einen eingeschränkten Leistungsanspruch (analog den Ausführungen zur Versorgung von Anspruchsberechtigten/Patienten mit eGK und Status „9“)!

Für alle weiteren Versorgungsanliegen und bei unklarer Zuordnung einer Erkrankung als „akut“ ist das jeweils zuständige Sozialamt vor Beginn der Behandlung einzuschalten, damit der Anspruchsberechtigte/Patient eine Genehmigung erhalten kann. **Für Anspruchsberechtigte/Patienten mit Behandlungs-/Berechtigungsschein sind die Formulare der GKV und die geltenden Zuzahlungsregelungen nicht anzuwenden. Verordnungen erfolgen auf Privatrezept.**

Die Abrechnung dieser Behandlungen erfolgt mit dem auf dem Behandlungs-/Berechtigungsschein angegebenen Sozialamt.

Der Arzt sollte vor Abschluss eines Behandlungsvertrages (Annahme des Patienten in der Praxis) mit dem Kostenträger (Sozialamt) einen Vertrag über die Honorargrundlage (GOÄ/EBM/ Pauschale) schließen.

3. Versorgung von Anspruchsberechtigten mit eGK und Status „4“

Nach dem 15. Monat ihres Aufenthalts in Deutschland werden Geflüchtete den durch die Sozialämter Versicherten der GKV rechtlich gleichgestellt. Diese Personen erhalten eine eGK mit Zugehörigkeit zur Versichertengruppe „4“. Eine dem Standard der GKV entsprechende Vollversorgung ist dann möglich (Analogverfahren).

Für diese Versichertengruppe sind die Formulare der GKV zu verwenden (die Zuzahlungsregelungen sind anzuwenden). Es gelten die Leistungsvorschriften und Regeln des SGB V.

Die Abrechnung dieser Behandlungen erfolgt über die KVBB.

Für alle drei vorstehend benannten Formen der Krankenbehandlung von Geflüchteten gilt:

Es wird empfohlen, sich bei jedem Arztbesuch - auch innerhalb eines Quartales - die eGK/ Berechtigungsdokumente vorlegen zu lassen, damit ausgestellte Verordnungen den jeweils zuständigen Kostenträgern (Statusprüfung) zugeordnet werden können.

a) Überwindung von Sprachbarrieren

Zur Überwindung von Verständigungsschwierigkeiten kann die Hinzuziehung eines Dolmetschers oder Sprachmittlers angezeigt, ggf. erforderlich sein, sofern anderweitige Hilfen wie z. B. fremdsprachige Anamnesebögen und andere Verständigungshilfen nicht ausreichend sind. In diesen Fällen ist die zu behandelnde Person für die Bereitstellung eines Dolmetschers oder Sprachmittlers verantwortlich. Hierzu kann die leistungsberechtigte Person nach dem Asylbewerberleistungsgesetz beim jeweils zuständigen Sozialamt die Übernahme von Sprachmittlungskosten beantragen, die Bewilligung erfolgt aufgrund einer Ermessensentscheidung. Ein Behandlungsvertrag kann im Einzelfall nicht geschlossen werden, wenn eine forensisch belastbare Kommunikation unmöglich ist. Ausgenommen sind medizinisch erkennbare Notfälle, die unverzüglich die erforderliche medizinische Versorgung erfordern, ohne die gesundheitliche Schäden befürchtet werden müssen.

b) Patientenunterlagen

Alle Geflüchteten erhalten eine Erstuntersuchung, insbesondere zum Ausschluss übertragbarer Krankheiten. Dabei wird auch der Impfstatus erhoben. Die medizinische Dokumentation und Impfeempfehlungen werden den Asylsuchenden nach der Untersuchung in einem verschlossenen Umschlag mitgegeben. Wer keine Impfdokumente vorlegen kann, gilt grundsätzlich als ungeimpft und sollte entsprechend den Impfeempfehlungen des Robert-Koch-Institutes für asylsuchende Menschen vom Oktober 2015 geimpft werden.

c) Bereitschaftsdienst

Eine originäre Zuständigkeit des allgemeinen ärztlichen Bereitschaftsdienstes zu stundenfreien Zeiten ist nicht gegeben. Sofern jedoch Anhaltspunkte nahelegen, dass eine dringende und akute Erkrankung einer Person zu vermuten ist, bei der ohne unverzügliche medizinische Hilfe

gesundheitliche Schäden eintreten können bzw. Anhaltspunkte für den Eintritt solcher Schäden bestehen, ist auch der Arzt im Bereitschaftsdienst verpflichtet, Geflüchteten eine ärztliche Behandlung in ausreichendem und zweckmäßigem Umfang zuteilwerden zu lassen bzw. über die Frage der Notwendigkeit einer notärztlichen Versorgung durch den Rettungsdienst zu entscheiden. Wie ein Patient versorgt wird, insbesondere, ob ein Hausbesuch durchzuführen ist, entscheidet der diensthabende Arzt eigenverantwortlich im Einzelfall.